

# 認知症療養評価書

紹介先医療機関名

〒306-0014 茨城県古河市下山町 1150

古河赤十字病院

もの忘れ外来担当医 行き

医療機関  
の所在地

名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名		性別	男・女	
生年月日	大・昭・平	年	月	日生

## 〇かかりつけ医によるアセスメント

生活機能	<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり（ ）
	障害高齢者の寝たきり度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
身体所見	<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり（ ）
行動・ 心理症状	<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり（ ）
検査所見	<input type="checkbox"/> M M S E： /30（実施日： 年 月 日）
	<input type="checkbox"/> H D S - R： /30（実施日： 年 月 日）
	<input type="checkbox"/> そ の 他：
治療経過	<input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 変化あり（内容： ）
介護状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居家族が介護 <input type="checkbox"/> 施設職員が介護 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	認定： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ）
	サービス： <input type="checkbox"/> ホームヘルプ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他（ ）
その他	

認知症疾患 医療センター への要望	<input type="checkbox"/> 要望なし <input type="checkbox"/> 要望あり ( )
-------------------------	---

本人・家族への説明日：令和 年 月 日

認知症療養評価書の説明を受けました。 署名： \_\_\_\_\_

(署名が本人でない場合は、本人との関係： \_\_\_\_\_)